Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

Przebiegając karty historyi w dziale nauki lekarskiéj możemy się przekonać, że trepanacyja znaną już była wprawdzie lekarzom starożytnym, o czém świadczą najwymowniéj liczne w Herkulanum i Pompei wykopane narzędzia trepanacyjne; zawdzięcza ona jednakże dopiero powadze takiego Petita swe ogólne rozszerzenie, które było tak znaczne, że na przełomie z przeszłego do obecnego wieku każde prawie znaczniejsze obrażenie czaszki leczono za pomocą trepanacyi, ba nawet zaniechanie tego rodzaju terapii uważano za uchybienie przeciw prawidłom sztuki lekarskiéj. Można sobie wyobrazić, co się to dziać musiało na kredyt téj sławnéj firmy, nic więc dziwnego, że wkrótce nastąpiła reakcyja. Dessault, Cooper, Richter znacznie uszczuplili wskazania do trepanacyi a po orzeczeniach wydanych przez Dieffenbacha, Malgaigna i Stromeyera operacyja ta należała w początkach tego wieku do białych kruków lekarskich i byłaby do dzisiaj najzupełniéj porzuconą, gdyby prace Brunsa, Sedillota i innych nie były się ostatecznie przyczyniły do ustalenia jéj wskazań.

Już to do podtrzymania trepanacyi przyczyniła się bardzo wiele, tak jak i w innych operacyjach, metoda antyseptyczna, bo ona dopiero usunęła niebezpieczeństwa wynikające z saméj operacyi i pozwoliła chirurgowi trepanować

nawet w tych przypadkach, w których dotąd operacyja ta stanowczo była przeciwwskazaną.

Drugim czynnikiem popierającym rozszerzenie wskazań do trepanacyi jest niewątpliwie coraz to obszerniejszy stan wiedzy o budowie i czynnościach mózgu, jako téż i o właściwéj istocie chorób tegoż organu.

Po tych kilku słowach wstępnych, które uważałem za potrzebne celem wyjaśnienia dzisiejszego stanowiska trepanacyi, przystępuję do opisania dwóch moich, już z czasów aseptycznych pochodzących, przypadków, w których spodziewam się znaleźć dosyć podstaw do wykazania, że operacyi téj należałoby przywrócić dawne jéj świetne stanowisko, a przytém i do stwierdzenia, że niektóre przez fizyjologów świeżo wykazane zdobycze na polu lokalizacyi czynności mózgowych dadzą się wyzyskać i w celach terapeutycznych.

Lecz przedewszystkiém zapoznajmy się z ich przebiegiem.

1.

Tomasz Gacek, l. 45 liczący, gospodarz z Rabki, podaje, że dn. 23 kwietnia r. b. ugodzony został kamieniem wielkości mniéj więcéj dwóch pięści w głowę a równocześnie bity po głowie wałkiem do ciasta. Oblany krwią, która mu się z rany na głowie puściła, zemdlał a po ocuceniu odwieziono go do domu, gdzie dwa dni w łóżku przepędził wśród znacznego bólu głowy i ciągłego broczenia z rany. Dopiero trzeciego dnia zawieziono go do lekarza, który mu zalecił zimne okłady i spokój. Ból się zmniejszył, rana się powoli zaczęła goić; chory czuł się wprawdzie nieco osłabionym i nie mógł pracować, lecz po izbie chodził a nawet odwiedzał sąsiadów. Dopiero w dwa tygodnie po owym fakcie musiał się znów do łóżka położyć, gdyż go na rękę i na nogę poraziło. Również cierpi od tego czasu na częsty i dosyć znaczny w bliżnie się rozpoczynający ból głowy, który mu odbiera sen i możność myślenia.

Dnia 14go czerwca, a więc w 7 tygodni po owém po-

biciu, przywieziono go do kliniki, gdzie zbadany przedstawiał stan następujący.

Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione, wzrostu wysokiego. W narządzie krążenia i oddychania żadnych zboczeń; skóra barwy ziemistéj. Na czaszce budowy symetrycznéj widzimy w połowie szwu strzałkowego, na 2cm. ku stronie lewéj, dołek wielkości grochu a głębokości kilka milimetrów, z którego promienisto wychodzą w różnych kierunkach trzy bliznowate smugi, każda długości 2cm. Blizny te mają zabarwienie różowawe, są bolesne przy mocniejszym ucisku, skóra czaszki w tém miejscu nieco przesuwalna. Po stronie prawéj kilka blizn linijkowatych lub kątowatych, drobnych, przesuwalnych i niebolesnych.

Powieki oka prawego niedomykają się pozostawiając szparę na dwa mm. szeroką. Kąt ust prawy opadły, lewy nieco ku górze pociągnięty. Język nie zbacza.

Ręka prawa bezwładna, lecz ułożona pod kątem prostym w stawie łokciowym a gdy się ją prostuje, wraca napowrót do poprzedniego ułożenia; czucie w niéj prawidłowe.

Odnoga dolna prawa bezwładna, wyprostowana i trudno dająca się zgjąć; czucie w niéj utrzymane; badany szpilką przy oczach zamkniętych lokalizuje ból dokładnie. Odruchy ścięgniste w kolanie i w stopie podwyższone.

Przytomność zupełna; chory myśli wolno, jakby sobie dopiero przypominał. Widzi dobrze nie podwójnie. Słyszy dobrze. Mówi wszystko, lecz niewyraźnie i powoli.

Ma poczucie potrzeby oddawania moczu i kału, chociaż często je oddaje pod siebie, jedynie z powodu trudności porozumienia się z otoczeniem i bezwładności odnóg. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno 80—90 uderzeń na minutę.

Z poprzedzającego przed kilkoma tygodniami urazu w głowę zadanego ciężkim kamieniem, z bólu głowy rozpromieniającego się od największéj z blizn pozostałych po otrzymanych ranach, z porażenia połowiczego na przeciwnéj stronie od owéj blizny i to dopiero w dwa tygodnie po obrażeniu powstałego, musiałem rozpoznawać nadwerężenie mózgu

pod ową blizną i to albo w postaci ogniska ropnego lub żółtego postępującego rozmiękczenia mózgu.

Czy ognisko to powstało z prostego stłuczenia mózgu *(contusio cerebri)*, wywołanego spłaszczeniem elastycznéj czaszki, lub téż, że mały odszczep pękniętéj blaszki wewnętrznéj przebił osłony mózgowe i dał powód do drażnienia, nie mogłem na pewno rozstrzygnąć, chociaż pierwsze przypuszczenie wydawało mi się prawdopodobniejszém. Na zarzut, dla czego w takim razie nie wystąpiły od początku przypady ogniskowe, odpowiadam, że czy to jedna czy druga zmiana mogła być tak małych rozmiarów, iż nie wywołała początkowo wybitnych objawów ogniskowych, które dopiero wtenczas wystąpiły w całéj pełni, gdy ognisko skutkiem odczynu się powiększyło a nadto przystąpił obrzęk poboczny.

Ocenienie, czy mamy do czynienia z ropniem mózgu lub żółtém rozmiękczeniem, jest niemożebném a z drugiéj strony pod względem rokowania i leczenia małej wagi, bo obydwie sprawy te prawie jednakową mają doniosłość.

Mając więc rozpoznanie gotowe, wypadało się zastanowić nad leczeniem i ściśle z niém połączoném rokowaniem. Czy to ropień czy żółte rozmiękczenie mogą po dłuższém lub krótszém trwaniu być wessane albo téż postępując w jednym lub drugim kierunku coraz daléj mogą doprowadzić do śmiertelnego zapalenia osłon mózgowych albo do nagłéj śmierci skutkiem zniszczenia ważnych ośrodków mózgowych. Obydwa te wypadki znane są w kazuistyce, chociaż należą do rzadszych; najczęściéj się wydarza, że sprawa dosięga pewnego szczytu i w tym okresie pozostaje.

Uwzględniwszy więc okoliczność, że stan porażenny trwa niezmiennie od pięciu tygodni, że pacyjent czuje się niespokojnym i coraz słabszym, że bóle głowy odbierają mu sen i możność myślenia, miałem słuszny powód do obawy przed najgorszym wypadkiem i dla tego postanowiłem usunąć owe grożące ognisko za pomocą trepanacyi. W przypadkach ropnia mózgu po urazie jest wybór miejsca do przedsięwzięcia trepanacyi łatwym, gdyż sam uraz je wskazuje, chociaż znane są w kazuistyce przypadki ropnia traumatycznego,

w których go z otworu trepanacyjnego daremnie szukano a sekcyja przecież jego obecność wykazała. W naszym przypadku nietylko powyższe wskazówki ułatwiały nam oznaczenie miejsca lecz i objawy ogniskowe; mając bowiem przed sobą porażenie połowicze prawéj strony, wnosić należało, że ognisko to zajmuje pola psychomotoryczne w korze mózgowéj po stronie lewéj; a że pola te leżą w okolicy górnego końca bruzdy Rolandowéj który mniéj więcéj odpowiada połowie przebiegu szwu strzałkowego, przeto blizna powyższa leży odpowiednio do wyrozumowanego położenia przypuszczanego ogniska ropnego.

Mając więc tak ścisłe wskazania przystąpiłem natychmiast do trepanacyi.

Po ogoleniu całéj głowy i dokładném oczyszczeniu mydłem i karbolem zachloroformowano chorego. Celem odsłonięcia kości ciemieniowéj lewéj wykonano trzy cięcia w przebiegu owych trzech promienisto się rozchodzących blizn, każde długości 4cm. Po odpreparowaniu skóry wraz z okostną widać w miejscu zagłębioném kawałek kości kształtu fasoli połączony z resztą kości za pomocą kostniny. Krążek kostny wielkości czterocentówki wypiłowano za pomocą trefiny i znaleziono na jego wewnętrznéj powierzchni nieznaczne wypuklenie odpowiadające owéj bliźnie kostnéj od zewnątrz jako zagłębienie się przedstawiającéj; żadnego zaś w głąb sterczącego odszczepu nie znaleziono.

Twardówka wejrzenia prawidłowego, nigdzie nienaruszona, przy dotyku nieznacznie chełbocze, n i e t ę t n i i w y p u k l a s i ę w o t w ó r t r e p a n a c y j n y. Już te dwa ostatnie objawy potwierdzały mi obecność płynu ograniczonego pod twardówką, jednak dla większéj pewności wykonano punkcyję eksploracyjną za pomocą strzykawki Pravaza lecz bezskutecznie; dopiero po kilkakrotném nakłóciu twardówki bisturem na 1cm. w głąb mózgu, pokazała się ciecz mętno-żółtawa, któréj po dokładném rozcięciu twardówki wypuszczono około łyżki wraz z resztkami zniszczonego mózgu. Jamę, która okazywała ściany gładkie i wielkość sporego orzecha włoskiego, wypłukano tymolem (1 : 1000), włożono

w nią dren, brzegi rany skórnéj zespojono szwami katgutowemi a na całą głowę założono opatrunek antyseptyczny karbolowy.

Chory czuje się po operacyi bardzo osłabionym; około godziny 5éj po południu popada w senność i bezprzytomność; ciepłota wieczorna 37,4° tętno 100.

15/6. Rano 39,4—84. Z powodu znacznego przesiąknięcia krwawo-surowiczego zmieniono opatrunek, przyczém ranę przepłukano rozczynem tymolu przez dren. Chory tylko chwilami ocuca się z nieprzytomności. W. 38,6—92.

16/6. r. 38°—84. w. 38,6—100. Śpiączka trwa daléj; w nocy majaczenia.

17/6. r. 38,4—88, w. 39°—96. Do poprzednich przypadów przystąpiło jeszcze zatrzymanie moczu i dobrowolne oddawanie kału.

18/6. r. 38,4—92. w. 38,6—96. Chory przytomniejszy czuje się trochę lepiéj. Przykurczenie ręki, które było przedtém na kilka dni ustąpiło, znów powróciło. Mocz znowu oddaje sam.

19/6. r. 38,4—96. w. 38,8—104. Zmieniono opatrunek, wydzieliny z rany bardzo mało. Chory przytomny, czuje się lepiéj, opowiada że głowa teraz zupełnie wolna, że niema tego bólu i gniecenia jak przedtém. Kontraktura ręki jeszcze wybitniejsza niż dawniéj. Ból w kolanie nogi porażonéj.

21/6. r. 38,4—108, w. 39,6—112. Z nowych przypadów zauważano, że kontraktura ręki ustępuje a natomiast na nodze porażonéj coraz wybitniéj się pojawia. Odleżyna na kości krzyżowéj po stronie porażonéj.

26/6. Ciepłota między 38,2 a 39,2. Opatrunek zmienia się co kilka dni; rana wygląda dobrze, wydziela mało. Po stronie porażonéj ciepłota o kilka dziesiętnych zawsze wyższa niż po stronie zdrowéj. Porażenie w twarzy już bardzo nieznaczne. Ręką i przedramieniem zaczyna wykonywać ruchy.

29/6. Od dzisiaj zaczyna ruszać i palcami u nogi. Ciepłota ciała zawsze utrzymuje się powyżéj 38°.

Odtąd stan chorego z każdym dniem się polepszał. Ruchy tak ręką jak i nogą wykonywa coraz lepiéj. W dniu 12go lipca usunięto opatrunek, gdyż rana się zupełnie zagoiła. Dnia 14go lipca przeniesiono chorego do szpitala św. Łazarza Już na dzień przed przeniesieniem zaczął się chory skarżyć na bóle w lędźwiach, które w szpitalu jeszcze bardziéj się wzmogły i na nogę porażoną się rozszerzyły. Bańki w tém miejscu postawione sprawiły chwilową ulgę, lecz na drugi dzień wróciły bóle do dawnego natężenia, w którém trwały dni kilkanaście, poczém zaczęły słabnąć, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. Odtąd zaczął G. siadać, późniéj stawać przy łóżku, aż w końcu chodzić o kulach. W dniu 22go sierpnia opuścił szpital z raną zupełnie zagojoną, umysłem swobodnym, zadowolony i wdzięczny; chodzić mógł nawet i bez laski, chociaż jeszcze nie bardzo pewnie.

Tak więc widzimy, że przez opróżnienie owego ogniska drogą operacyjną osiągnęliśmy stosunkowo w krótkim czasie powrót do zdrowia, wątpić bowiem należy, czy bez operacyi doszłoby do tego rezultatu nawet w dłuższym przeciągu czasu; nadto ustąpiły zaraz owe męczące bóle głowy, które kto wie czy nie były zapowiedzią rozszerzania się saméj sprawy, a więc i możliwego niebezpieczeństwa, o którém już wyżéj wspominaliśmy.

Daléj przekonaliśmy się, że w obec ścisłéj antyseptyki nie budzi sam akt operacyjny tak znacznéj obawy, bo jakkolwiek odczyn był w obecnym przypadku dosyć znacznym, to jednak trzeba się tutaj liczyć z tém, że nie mieliśmy ze świeżym lecz starym przypadkiem do czynienia, że w jamie czaszkowéj nie da się oczyszczenie tak dokładnie przeprowadzić, jak to jest wskazaném w innych częściach ciała.

Czy ognisko owo było ropniem, lub téż rozmiękczeniem żółtém, trudno mi jest orzec nawet po naoczném przekonaniu się, chociaż ostatnie zdaje mi się być prawdopodobniejszém, raz, że nie znaleźliśmy czystéj ropy, lecz płyn mętnawy, nie bardzo ciekły i ze strzępkami mózgu pomięszany, a powtóre, że i brak gorączki przed operacyją więcéj za przeobrażeniem żółtém przemawiać się zdaje.

Teraz wypada mi zastanowić się jeszcze nad niektóremi w niniejszym przypadku postrzeganemi objawami.

Przedewszystkiém nie było tu bezrówności, pomimo że obrażenie było po stronie lewéj, pochodzi to ztąd, że ognisko znachodziło się wysoko i więcéj za bruzdą środkową czyli Rolandową, więc téż tylko w części dotykało ośrodka dla nerwu twarzowego, a wcale nie mogło wpływać na ośrodek mowy, który leży niżéj i więcéj ku przodowi od poprzedniego.

Daléj stwierdziliśmy tutaj spostrzeżenia Eulenberga i Landoisa poczynione na psach, a poparte przez Hitziga, że w okolicy ośrodka ruchowego dla odnóg dolnych znachodzi się i ośrodek dla ciepłoty, którego zniszczenie sprawia podwyższenie się ciepłoty przeciwległéj połowy ciała. W naszym przypadku mieliśmy różnice od 0,2—0,6 dochodzące, które naturalnie ustąpiły po wyrównaniu się całéj sprawy.

Obok porażenia połowiczego zauważyliśmy także i przykurczenie mięśni, a raczéj naprężenia tychże (*spasmus*) Objaw ten jest autorom od dawna znany i różnie był przez różnych tłumaczony. Bergmann w drugiém wydaniu swego dzieła o obrażeniach czaszki nie podaje nam żadnego wyjaśnienia, wspomina tylko o usiłowaniach Ferriera wytłumaczenia tego objawu przez drażnienie drogą włókien Flechsiga wprost od istoty korowéj do rdzenia dążących; jakotéż o teoryi Dureta, który stan ten od podrażnienia nerwów twardówki wywodzi. Wyznać muszę szczerze, że żadne z tych wyjaśnień mnie nie zadowala, a przykurczenia stale (*contracturae*), które Charcot wywodzi od zwyrodnienia powrózków bocznych (*paralysis spinalis spastica* Erba), tu wcale miejsca nie mają, boć, jak to w naszym przypadku najlepiéj widzimy, naprężenia owe mięśni z powrotem czynności członków zupełnie ustępują. Najwięcéj do mego przekonania przemawia wyjaśnienie, które dał Lion (w *Ztschrift f. klin. Med.*, II, 2), twierdząc, że skutkiem uszkodzenia drogi korowo-mięśniowe poniżéj miejsca uszkodzonego ulegają zwyrodnieniu, czego następstwem

ma być popadnięcie komórek zwojowych przednich rogów w stan w i ę k s z é j p o b u d l i w o ś c i i p o b u d z e n i a, z których pierwsza objawia się wzmocnionemi odruchami ścięgnistemi a ostatnie napięciem mięśni i ich przykurczeniem. Włókna nerwowe przychodzące od ośrodków psychomotorycznych kory mózgowéj uważać należy za hamujące, gdy więc ich działalność zostanie usuniętą przez zniszczenie ośrodka, natenczas ośrodki odruchowe biorą przewagę i sprowadzają owo napięcie mięśni. Że podczas narkozy chloroformowéj objaw ten ginie, jak to miało miejsce i w naszym przypadku, okoliczność ta témbardziéj za tą teoryją przemawia, albowiem wiadomą jest rzeczą, że chloroform niszczy czynność odruchową. Jeszcze jeden szczegół za takiém tłumaczeniem przemawia, mianowicie ten, że tylko ogniska w saméj korze mózgowéj usadowione ten objaw za sobą pociągają, nie zaś takie, których siedzibą jest okolica między lub w samych głównych zwojach mózgowych (*corp. striatum* itd.) podczas gdy kora mózgowa pozostała nienaruszoną. Pochodzi to ztąd, że w drugim razie pozostają jeszcze włókna F l e c h s i g a, nie przez owe zwoje lecz wprost od kory mózgowéj do rdzenia zdążające, i te to włókna mogą działać na zwoje odruchowe jako hamulec. Bergmann wiedział o tym doniosłym fakcie, tylko nie umiał sobie tego wytłumaczyć, jak o tém jego własne słowa świadczą: *Wie nun auch die Thatsache gedeutet werden mag, sie ist an sich für die Diagnose wichtig, um so wichtiger, als den Hemiplegicen durch Blutergüsse in und um das Corpus striatum diese frühzeitige Starre gewöhnlich fehlt.* Teoryja ta tłumaczy nam także, dla czego wraz z powrotem ruchów i owe stężenia ustają.

Trudniejszą jest sprawa wytłumaczenia sobie owych bólów, które w drugiéj połowie obserwacyi w krzyżach powstały a na porażoną nogę się rozciągały. Nasuwa się wprawdzie myśl, że przez zniszczenie pewnych części kory mózgowéj uledz mogą zniszczeniu początki włókien czuciowych wprost od kory ku rdzeniowi zdążających. Czy jednak ztąd bierze początek ów ból, trudno orzec.

W ciągu dalszym przychodzi mi omówić jeszcze jednę bardzo ważną kwestyję, mianowicie, jak sobie wytłumaczyć zupełny powrót funkcyj owych ośrodków psychomotorycznych, które przecież widzieliśmy przy operacyi w znacznéj części zniszczonemi?

Dopóki utrzymywało się mniemanie, że pewne ściśle ograniczone pola kory mózgowéj przewodniczą pewnym funkcyjom ciała i że te ośrodki są niezbyt rozległe, jak to jeszcze w najnowszém wydaniu monografii Bergmanna o obrażeniach głowy znachodzimy, dopóty musiano się chwytać naciągniętych i mało prawdopodobnych teoryj celem wyjaśnienia powrotu funkcyj zniszczonych ośrodków. Objęcie zastępczéj czynności narzucano albo innym ośrodkom sąsiednim, albo takim samym przeciwnéj strony, albo dużym zwojom mózgowym; dopiero Exner w swéj monografii z r. 1881 (*Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen*) udowodnił za pomocą mozolnych graficznych zestawień z dobranych przypadków kazuistycznych, że ośrodki te nie składają się z ograniczonych pól, jak dotąd mniemano, lecz że różne ośrodki na siebie zachodzą tworząc absolutne pola, odpowiadające mniéj więcéj dotychczasowym ośrodkom i względne pola, które się z innemi względnemi polami mięszają. Na poparcie tego przytacza znane fakty ruchów towarzyszących np. licem lub szczęką przy usilnym ruchu ręki. Tym sposobem tłumaczymy sobie objęcie zastępstwa przez pola względne po zniszczeniu znacznéj nawet części pola absolutnego. Czy całe pole absolutne zniszczone może być zastąpioném, zdaje się być nieprawdopodobném, jednak możliwém. Z drugiéj strony przytacza Exner przypadki, w których po zniszczeniu znacznéj przestrzeni kory mózgowéj wcale nie przyszło do powrotu funkcyj utraconych, na dowód, iż ośrodki korowe jednéj półkuli nie są w możności objęcia zastępstwa za takież same ośrodki drugiéj półkuli. — Mnie znanym jest dokładnie przypadek, w którym zniszczone były w większéj części obustronne ośrodki psychomotryczne dla odnóg dol-

nych; porażenie było w obu nogach całkowite a jednak ruchy powróciły, jakkolwiek niezupełnie. Ten przypadek jednak dowodzi, że jedna półkula za drugą zastępstwa nie obejmuje.

Mało może w którym zawodzie tak często sprawdza się prawo wielokrotności wydarzeń (jeżeli się tak wyrazić wolno) jak w medycynie. Przypadki rzadkie zazwyczaj idą w parze. Tak téż było i tym razem; jeszcze nie ukończyłem obserwacyi pierwszéj, gdy przywieziono do szpitala przypadek drugi bardzo do tamtego zbliżony, a który pokrótce niniejszém do wiadomości łaskawych czytelników podaję.

Józef Walczak, lat 25 liczący wyrobnik przy szańcach został przysypany ziemią spadającą z wysokości kilku metrów, przyczém go ciężka belka uderzyła w szczyt głowy. Zaraz tego samego dnia, tj. 13go lipca 1882, przyniesiono go do szpitala św. Łazarza, gdzie go lekarz pomocniczy zbadawszy stósownie opatrzył, gdyż znalazł na głowie w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj ranę powierzchowną. Również zanotowano, że chory był nieprzytomnym.

Dnia następnego zbadany okazywał stan następujący: Budowę ciała i odżywienie wiekowi odpowiednie. Leży na pół śpiący, na pytanie daje odpowiedzi leniwo i z trudnością, skarży się na ból głowy po stronie prawéj. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno 40 uderzeń na minutę, dwubitne.

Na głowie po stronie prawéj w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj widać ranę ukośnie przebiegającą, kilka centimetrów długą, o brzegach nierównych stłuczonych, w głąb tylko przez grubość skóry sięgającą. Okolica téj rany na przestrzeni sporéj dłoni znacznie wzniesiona, tępo chełbocząca, przy ucisku nieco bolesna. Przypadów ogniskowych nie znaleziono żadnych. Gdy na trzeci dzień stan nie tylko się nie zmienił, lecz przypady ogólnego ucisku na mózg stały się nieco wybitniejszemi zacząłem nabierać przekonania, że pod ową chełboczącą warstwą krwi pod czepiec czaszkowy wynaczynionéj musi się znachodzić złamanie czaszki z prawdopodobném zagnie-

ceniem odłamków w głąb jamy czaszkowéj. Gdybym się był powodował dotychczasowemi zapatrywaniami na obrażenia czaszki, byłbym chorego tego pozostawił nadal w obserwacyi; lecz mając na poprzednim przypadku doświadczenie, że z początku bez objawów ogniskowych przebiegające obrażenie czaszki po kilku tygodniach stało się bardzo ciężkiém, a nawet życiu zagrażającém, postanowiłem w tym przypadku, gdzie nadto miałem objawy ogólnego ucisku na mózg, przekonać się naocznie, ażali nie ma podejrzywanego wgniecenia odłamków wgłąb, czyli postanowiłem wykonać cięcie dyjagnostyczne, które zazwyczaj dotąd przez powagi bywało wzbranianém, a którego skutków się nie obawiałem w obec pewnego władania metodą antyseptyczną.

Poleciłem natychmiast całą głowę ogolić i dokładnie mydłem i karbolem oczyścić a po zachloroformowaniu chorego rozciąłem powłoki na czaszce w kierunku istniejącéj już rany powierzchownéj. Gdy brzegi rany dokładnie hakami rozsunięto i pole operacyjne z nagromadzonéj krwi wynaczynionéj oczyszczono, spostrzegłem pęknięcie czaszki w długości 3 cm. a oraz wtłoczenie jednego odłamka w głąb przynajmniéj na pół centimetra. Znalazłszy taki stan nie namyślałem się ani na chwilę co daléj zrobić, powiększyłem pole operacyjne za pomocą drugiego cięcia prostopadle do poprzedniego wykonanego i wypiłowałem trefiną najprzód jeden, a gdy to do usunięcia zaklinowanych odłamków nie wystarczało, i drugi krążek kostny a następnie wydobyłem zgniecone odłamki, z których jeden wielkości połowy pióra stalowego wbity był ostrym swym końcem przez twardówkę w mózg. Po wyjęciu tego kawałka rozciąłem kawałek twardówki, oczyściłem jamkę powstałą przez wbity odszczep, założyłem dren, zaszyłem ranę i opatrzyłem ściśle antyseptycznie. Gojenie odbywało się zupełnie prawidłowo; gorączki nie było prawie żadnéj, bo ciepłota raz jedyny była podwyższoną i to nieznacznie (38·1°). Ani bóle ani żadne objawy ogniskowe nie pojawiły się aż do samego zagojenia rany, które nastąpiło w 6 tygodni po operacyi.

Wprawdzie w tym przypadku było zranienie mózgu znacznie daléj ku tyłowi, więc była możebność, że przypadło w miejscu, w którém nie znachodzi się żadne pole psychiczne, jednak zdaje mi się, iż gdyby nie była wczas wykonaną operacyja, byłoby może i w tym przypadku skutkiem odczynowego obrzęku przyszło do następowych porażeń a przynajmniéj do porażenia jednéj odnogi dolnéj, któréj ośrodek psychomotoryczny najbliżéj leżał zranionego miejsca. Tak więc jak w poprzednim przypadku przyspieszyła trepanacyja powrót do stanu prawidłowego a prawdopodobnie i zapobiegła niebezpieczeństwu życia, tak w obecnym przypadku nie dopuściła do wystąpienia objawów ogniskowych i zniosła natychmiast objawy ogólnego ucisku śródczaszkowego. — Nadto zwrócić muszę jeszcze uwagę na zupełny brak odczynu w przebiegu po téj trepanacyi; pochodzi to zdaniem mojém ztąd, że w tym przypadku wykonaliśmy ją wczas, zanim jeszcze przyszło do ropienia lub przeobrażenia wstecznego.

Jeżeli z tych dwóch przytoczonych tu przypadków trepanacyi nie wynika jeszcze uzasadnione twierdzenie, że zapobiegawcza trepanacyja jest uprawnioną, to w każdym razie zachęcają one do częstszego niż dotąd jéj używania, aby na podstawie wielkiéj ilości przypadków można było pod tym względem orzec coś stanowczego.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1882.